

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 11

---

SUR UNE AFFECTION FÉBRILE  
A SYMPTOMES CUTANÉO - MUQUEUX  
MULTIPLES

---

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 20 Novembre 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PIERRE BERHO

*Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire*

Né à Sorgues (Vaucluse), le 30 mai 1891



IMPRIMERIE DUCROS & LOMBARD

Rue Pasteur, VALENCE

---

1920



SUR UNE AFFECTION FÉBRILE  
A SYMPTOMES CUTANÉO-MUQUEUX MULTIPLES



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41553213\\_0089](https://archive.org/details/IA41553213_0089)

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON  
Année scolaire 1920-1921. — N° 11

---

SUR UNE AFFECTION FÉBRILE  
A SYMPTOMES CUTANÉO - MUQUEUX  
MULTIPLES

---

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 20 Novembre 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PIERRE BERHO

*Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire*

Né à Sorgues (Vaucluse), le 30 mai 1891



IMPRIMERIE DUCROS & LOMBARD

Rue Pasteur, VALENCE

—  
1920

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. . . . . DOYEN  
J. LÉPINE. . . . . ASSESSEUR.

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET, BEAUVISAGE  
LACASSAGNE, TESTUT, POLLOSSON (M.).

## PROFESSEURS

|                                                            |                 |
|------------------------------------------------------------|-----------------|
| Cliniques médicales . . . . .                              | MM. TEISSIER.   |
| Cliniques chirurgicales . . . . .                          | ROQUE.          |
|                                                            | BARD.           |
|                                                            | TIXIER.         |
|                                                            | BÉRARD.         |
| Clinique obstétricale et Accouchements. . . . .            | FABRE.          |
| Clinique ophtalmologique. . . . .                          | ROLLET.         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . . . .  | NICOLAS.        |
| Clinique neurologique et psychiatrique. . . . .            | LÉPINE (J.).    |
| Clinique des maladies des enfants. . . . .                 | WEILL.          |
| Clinique des maladies des femmes . . . . .                 | POLLOSSON (A.). |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie. . . . .                 | LANNOIS.        |
| Clinique des maladies des voies urinaires . . . . .        | ROCHET.         |
| Clinique chirurgicale des maladies des enfants . . . . .   | NOVE-JOSSERAND. |
| Physique biologique. Radiologie et Physiothérapie. . . . . | CLUZET.         |
| Chimie biologique . . . . .                                | HUGOUNENQ.      |
| Chimie organique et toxicologie . . . . .                  | MOREL.          |
| Matière médicale et Botanique. . . . .                     | MOREAU.         |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale . . . . .     | GUIART.         |
| Anatomie . . . . .                                         | LATARJET.       |
| Anatomie générale et Histologie . . . . .                  | POLICARD.       |
| Physiologie . . . . .                                      | DOYON.          |
| Pathologie interne . . . . .                               | COLLET.         |
| Pathologie et Thérapeutique générales . . . . .            | MOURQUAND.      |
| Anatomie pathologique . . . . .                            | PAVIOT.         |
| Médecine opératoire . . . . .                              | VILLARD.        |
| Médecine expérimentale et comparée. . . . .                | ARLOING (F.).   |
| Médecine légale . . . . .                                  | Étienne MARTIN. |
| Hygiène. . . . .                                           | COURMONT (P.).  |
| Thérapeutique . . . . .                                    | PIC.            |
| Pharmacologie . . . . .                                    | FLORENCE.       |

## PROFESSEURS ADJOINTS

|                                       |             |
|---------------------------------------|-------------|
| Pathologie externe. . . . .           | MM. VALLAS. |
| Propédeutique de gynécologie. . . . . | CONDAMIN.   |

## CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

|                                  |             |
|----------------------------------|-------------|
| Chimie minérale . . . . .        | MM. BARRAL. |
| Accouchements . . . . .          | COMMANDEUR. |
| Embryologie . . . . .            | HOVELACQUE. |
| Anatomie topographique . . . . . | PATEL.      |
| Botanique. . . . .               | BRETIN.     |
| Urologie. . . . .                | GAYET.      |
| Stomatologie . . . . .           | TELLIER.    |

## AGRÉGÉS

|                                                                                              |                                                                                           |                                                                                  |                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MM.<br>BARRAL<br>COMMANDEUR<br>NEVEU-LEMAIRE<br>NOGIER<br>BRETIN<br>LERICHE<br>THEVENOT Léon | MM.<br>TAVERNIER.<br>CADE.<br>GUILLEMARD<br>GARIN<br>SAVY<br>FROMENT<br>THEVENOT (Lucien) | MM.<br>PIERY<br>COTTE<br>DUROUX<br>HOVELACQUE<br>TRILLAT<br>SARVONAT<br>FLORENCE | MM.<br>ROCHAIX<br>CORDIER<br>ROUBIER<br>FAVRE<br>MURARD<br>BONNET<br>GRAVIER, chargé<br>des fonctions. |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|

M. BAYLE, Secrétaire.

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM.

ROQUE, président; NICOLAS, assesseur; THÉVENOT Lucien et FAVRE, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE.

A MON PERE ET A MA MERE

Je leur dois tout. Ces quelques pages ne sont qu'un faible témoignage de ma profonde affection et de ma reconnaissance infinie.

A MA SOEUR

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES

MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROQUE

*Officier de la Légion d'Honneur*  
*Professeur de clinique médicale à la Faculté de Lyon*  
*Médecin des Hôpitaux*

qui a bien voulu nous faire le  
grand honneur de présider cette  
thèse, hommages respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROBERT RENDU

qui nous a inspiré le sujet de  
cette thèse et guidé dans sa ré-  
daction. Les nombreux conseils  
qu'il nous a donnés, l'accueil  
toujours si bienveillant qu'il  
nous a réservé, nous font un  
agréable devoir de lui offrir ici  
l'hommage de notre très sincère  
reconnaissance.

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON  
ET DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

## INTRODUCTION

---

*Au mois de mai 1916, le Docteur Robert Rendu, aide-major dans une ambulance sur le front français, vit arriver dans sa formation, parmi les malades et les blessés évacués des premières lignes, un jeune colonial très prostré dont le billet d'hôpital mentionnait comme diagnostic « Stomatite et Fièvre ».*

*Un examen rapide lui permit de constater que, non seulement le malade présentait les lésions muqueuses buccales ayant motivé ce diagnostic, mais qu'en outre toutes les muqueuses orificielles étaient atteintes. On constatait sur les conjonctives, le gland, le prépuce et l'anus de petites ulcérations superficielles, blanchâtres, avec léger exsudat pseudo-membraneux et sécrétion purulente. De plus, on observait sur les quatre membres et à leur extrémité une éruption discrète, varicelliforme, disposée en bracelet au niveau des chevilles et des poignets. Le tout s'accompagnait d'un état adynamique et d'une température atteignant 39°5. Cette curieuse obser-*

vation d'un syndrome infectieux aigu différent de la stomatite ulcéro-membraneuse, des fièvres aphteuse ou herpétique, fut présentée par M. Robert Rendu à la réunion médico-chirurgicale de la VI<sup>e</sup> armée, à Amiens, le 12 mai 1916 (1) sous le titre : « Sur un syndrome caractérisé par l'inflammation simultanée de toutes les muqueuses (conjonctivale, nasale, linguale, bucco-pharyngée, anale et balano-préputiale) coexistant avec une éruption varicelliforme puis purpurique des quatre membres. »

Peu de temps après, Monsieur le Professeur agrégé Noël Fiessinger observait à Montdidier un autre cas de la même affection qui fit l'objet d'un article écrit avec Monsieur R. Rendu, dans le Paris Médical du 14 juillet 1917, N<sup>o</sup> 28 (page 54).

Un an après, les Docteurs Grysez et Pierret, qui n'avaient pas eu connaissance de ces travaux, présentaient à la réunion médico-chirurgicale de la III<sup>e</sup> armée, à Noyon, le 19 juillet 1917, sous le nom de « Spirillose généralisée » trois autres observations de la même maladie (2). Enfin, Monsieur R. Rendu ayant observé de son côté six nouveaux cas à l'Hôpital Temporaire de Royallieu (près Compiègne), les présenta à cette même Société, le 11 octobre 1917 (3). A notre connaissance aucun nouvel article n'a paru depuis à ce sujet.

Nous allons essayer, dans ce modeste travail, après

---

(1) *Journal des Praticiens*, 27 mai 1916.

(2) *Presse médicale*, 6 août 1917.

(3) *Presse médicale*, 19 novembre 1917.

avoir publié les dix observations qui furent prises, de décrire cette maladie infectieuse spéciale et d'en discuter le diagnostic.

Mais auparavant, qu'il nous soit permis de remercier sincèrement le Docteur Robert Rendu, qui a bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse, nous en procurer les observations et chez qui nous avons trouvé toujours l'accueil le plus bienveillant.

---



## OBSERVATION I

(Docteur Robert Rendu)

---

D..., Joseph, 22 ans, ...<sup>e</sup> d'infanterie coloniale. Entre à l'ambulance le 10 avril 1916 avec le diagnostic « stomatite et fièvre » ; se dit malade depuis quatre jours. N'a pas connaissance que des maladies analogues à la sienne aient été observées dans son entourage. L'affection a débuté simultanément par une inflammation des muqueuses buccale et conjonctivale, et par une éruption des membres.

À l'entrée, malade très prostré, dans un état d'adynamie extrême, ne pouvant se tenir debout. Temp. : 39°5. Albuminurie de moyenne intensité. Se plaint surtout de dysphagie et d'une violente céphalée. On constate les lésions suivantes de la muqueuse et de la peau :

*Conjonctives* : très rouges, oedématisées, plissées ; paupières collées au réveil, cils chargés de concrétions. Sécrétion purulente abondante sans trace de fausses membranes. Rien à la cornée.

*Pituitaire* : rougeur vive à la rhinoscopie antérieure, sans fausse membrane. Petites épistaxis à plusieurs reprises.

*Muqueuse linguale et bucco-pharyngée* : la face interne des lèvres et des joues, les gencives, les bords de la langue, les amygdales, le voile et la paroi pharyngée postérieure sont rouges, œdématiés et recouverts par endroits d'exsudats pseudo-membraneux d'un blanc crémeux assez adhérents. Toute tentative de prélèvement est suivie d'hémorragie. Les lèvres sont très enflées, volumineuses, surtout l'inférieure qui se recouvre progressivement d'une croûte noirâtre, épaisse de plusieurs millimètres et longue de 2 cm. environ (croûte qui se détacha au dix-huitième jour de la maladie).

La parole est empâtée, la dysphagie extrême ; le malade est dans l'impossibilité d'ouvrir la bouche : l'écartement des maxillaires ne dépasse pas 1 cm., ce qui gêne beaucoup l'examen de la cavité buccopharyngée. L'haleine très fétide, la salivation abondante : le malade laisse continuellement entre ses lèvres une salive sanguinolente mêlée de petits débris membraniformes. Le maximum des lésions se trouve au niveau de la partie de la muqueuse buccale faisant face aux espaces intermaxillaires, surtout à gauche. Les commissures labiales saignent facilement, d'où présence de fuliginosités.

*Gland et prépuce.* — On constate par places, au niveau du méat, du gland et de la naissance du prépuce, des ulcérations superficielles, blanchâtres, avec léger exsudat pseudo-membraneux et sécrétion purulente. Pas d'écoulement urétral.

*Anus.* — Petites ulcérations ; douleurs vives à la défécation ; écoulement intermittent de gouttes de pus entre les plis de l'anus.

L'examen laryngoscopique ne peut être pratiqué en raison du trismus ; la voix n'est d'ailleurs pas prise. La trachée et les bronches sont apparemment indemnes ; le malade tousse un peu, mais on ne trouve rien à l'auscultation. Rien à noter non plus au point de vue gastro-intestinal. Ni diarrhée, ni grosse rate.

*Peau.* — A l'entrée : éruption discrète varicelliforme des quatre membres, prédominante au niveau des poignets et des chevilles où les éléments éruptifs, plus confluents, sont disposés en bracelet ; on en constate quelques-uns sur la face postérieure des coudes et des cuisses : il n'en existe aucun sur l'abdomen, le tronc, le cou, ni la tête. Ces éléments présentent des aspects variés répondant aux différents stades de leur évolution : papules simples, papules surmontées de vésicules à contenu clair, puis trouble, papules recouvertes d'une croûte noirâtre. Trois à quatre jours après l'entrée, l'éruption gagne les mains et les pieds, les éléments se font plus nombreux et leur base devient nettement purpurique dans la région malléolaire. En même temps, au niveau d'un certain nombre d'entre eux, on voit apparaître, autour de la croûte centrale, une collerette de 4 à 5 vésicules à contenu clair puis trouble, évoluant chacune pour leur propre compte ou se fusionnant ensemble. Huit à dix jours après l'entrée, le pourtour des éléments éruptifs prend une teinte cuivrée et les croûtes commencent à se détacher. Vers le 26 (quinze jours après l'entrée), à certains endroits où la croûte est tombée, la peau apparaît rouge et lisse ; à d'autres on observe comme de petites phlyctènes, vidées de leur con-

tenu, flétries, plissées et reposant sur une base un peu rouge.

*Evolution.* — La température (rectale) qui oscillait au début entre 39° et 40°, tomba au huitième jour de la maladie à 37°5, puis remonta en trois jours à 39° et descendit ensuite en lysis pour atteindre la normale, une vingtaine de jours après le début de la maladie. Du vingt-cinquième au trentième jour, température subfébrile (37°8 à 38°5). L'albuminurie du début disparut au bout d'une quinzaine de jours. L'amélioration se dessina d'abord au niveau des yeux et du gland qui, vers le quinzième jour, étaient revenus à leur état normal. Les lésions de la cavité bucco-pharyngée mirent plus longtemps à disparaître : vers le 27 avril, il persistait, sur le bord de la langue et la face interne des joues et des lèvres, des fausses membranes encore adhérentes, entourées d'une zone d'un rouge vif. Ce n'est guère que quatre semaines après le début de la maladie que toute trace de fausse membrane et d'érosion disparut. Un mois après son entrée à l'ambulance, cet homme, complètement guéri, partait en convalescence.

*Examens de laboratoire.* — Le 11 avril : ensemencements : exsudat bucco-pharyngien sur sérum coagulé ; pas de bacilles de Löffler. Pus conjonctival : staphylocoques.

Le 13 avril : hémoculture (fait en pleine période fébrile) : ne pousse pas.

Le 16 avril : frottis : œil gauche : muco-pus, quelques cocci ; œil droit : polynucléaires très altérés, diplocoques réniformes intracellulaires ; ulcération palatine :

bâtonnets, bacilles fins diplocoques réniformes ; lèvres : polynucléaires, quelques diplocoques ; langue : polynucléaires très altérés, pas de diplocoques ; urèthre : polynucléaires sans diplocoques avec bacilles fins intracellulaires ; rectum : bacilles courts et cocci.

Le 17 avril : ensemencement du pus de l'œil droit sur gélose-ascite : culture de staphylocoques. Frottis : œil droit : polynucléaires, pas d'éléments microbiens ; palais : polynucléaires, purée microbienne, spirilles de la bouche, longs bacilles ; langue : polynucléaires altérés, grands mononucléaires, petits amas de cocci, formule de réparation épithéliale ; lèvres : polynucléaires, quelques bacilles et cocci extracellulaires ; gland : cocci et fins bâtonnets, pas de diplocoque intracellulaire.

En somme, ni bacille de Lôffler, ni association fusospirillaire de Vincent, mais flore microbienne (staphylocoques diplo-intracellulaires, spirilles de la bouche, bacilles fins, bâtonnets, etc.).

## OBSERVATION II

*(Docteurs Noël Fiessinger et Edgar Leroy)*

F..., Baptiste, classe 1913, n'a jamais présenté de maladie antérieure. Arrivé de X..., il y a huit jours, il tombe brusquement malade dans les tranchées le 4 juin 1916. Il n'a pas connaissance, dans son escouade ni dans son voisinage, de maladie semblable.

Le début est marqué par des frissonnements accompagnés rapidement de larmolement et picotement au niveau des yeux. Presque en même temps il sent que ses

lèvres enflent, il est gêné pour manger par une douleur localisée à la face interne des lèvres et des joues. Le 6 au matin, c'est-à-dire deux jours plus tard, il est frappé par l'apparition de deux nouveaux symptômes. Des douleurs vives au niveau de l'anus quand il va à la selle, sans glaire ni diarrhée ; des douleurs vives au niveau du méat, sensation de brûlure quand il urine

C'est alors, le 6 juin, qu'il se fait porter malade. Il entre à l'ambulance avec le diagnostic « courbature fébrile, conjonctivite double et amygdalite ». A son entrée, la température est à 38° ; on constate une conjonctivite très marquée avec exsudat blanchâtre au niveau de l'angle interne de l'œil, une stomatite généralisée avec œdème rouge de toute la muqueuse, où il existe des exulcérations à la face interne des lèvres, aux commissures et au niveau des bords de la langue. Ces exulcérations sont recouvertes par une mince pseudo-membrane blanchâtre et s'entourent d'une zone rouge carmin. Elles sont étendues, à bords polycycliques et ne pénètrent pas en profondeur.

Les ulcérations de la face interne des lèvres saignent, d'où présence de fuliginosités au niveau des commissures. Pas d'ulcérations à la face interne des joues, ni au niveau des amygdales. Celles-ci sont saillantes et rouges.

Le méat urinaire est rouge, œdématié, les bords sont collés par un exsudat, il existe une légère érosion de la muqueuse uréthrale, sans écoulement.

La muqueuse de l'anus est très rouge, mais on ne retrouve à son niveau qu'une exsudation minime sans ulcération.

L'éruption cutanée est apparue le 6 juin dans la jour-

née, elle est découverte par hasard le 8 : le malade ne s'en plaint pas, n'a pas de douleur ni de prurit. Cette éruption a les localisations suivantes :

Au niveau du bras droit, les éléments, au nombre de huit à dix, prédominent à la face antérieure du poignet ; deux ou trois à la face palmaire de la main et des doigts ; quelques-uns à la face dorsale, au bord cubital de l'avant-bras et un au niveau du coude ; au bras gauche, les éléments prédominent par contre à la face dorsale de la main ; quelques rares éléments au niveau de l'avant-bras et un au niveau du coude.

Aux membres inférieurs, il existe de rares éléments éruptifs à la face dorsale du pied et dans la région tibio-tarsienne ; rien à la racine des membres, au tronc, ni à la face. Tous les éléments éruptifs sont apparus le même jour et leur évolution a été à peu de chose près parallèle. La dimension des éléments est variable ; certains, petits, ne dépassent pas le volume d'une tête d'épingle, mais d'autres, plus volumineux, sont formés par une confluence qui donne à la lésion une périphérie polycyclique atteignant les dimensions d'une pièce de dix sous ou d'un franc. Ces éléments, au début, furent simplement des papules, mais déjà au deuxième jour étaient apparues des vésicules qui s'étendaient à toute l'étendue de la papule. Ces vésicules, douces au toucher, blanchâtres, affectaient des caractères différents suivant leur siège et leur étendue. Au niveau du poignet, les vésicules réunies confluentes rappelaient une plaque étendue d'herpès, la bordure congestive qui les limitait ne s'accompagnait pas d'œdème, la vésicule n'était pas enchâssée, mais bien déposée sur les téguments comme dans la vari-

celle. Au niveau de la face palmaire des mains ou au niveau des pieds, la vésicule apparaissait blanche à peine entourée d'une zone rosée. En certains endroits de l'avant-bras, les vésicules se sont desséchées au centre et nettement ombiliquées. Parmi ces éléments on a vu, en deux endroits, de véritables bulles saillantes, remplies d'un liquide clair analogue à la lymphe vaccinale.

L'évolution de ces éléments est rapide. Vers le cinquième jour l'érythème se pigmente et prend un aspect violacé qui le rapproche un peu du purpura. Le plus souvent la dessiccation se produit alors en 24 ou 48 heures. L'élément devient dur, se sèche, prend un aspect pigmenté qui s'efface lentement sans cicatrice. Certaines vésicules s'infectent vers le cinquième jour et deviennent des pustules, mais avec un œdème peu marqué des téguments. Une croûte apparaît au huitième jour, croûte superficielle qui tombe vers le neuvième jour pour les petits éléments, découvrant un épiderme mince et rosé qu'entoure une couronne de desquamation. Les grands éléments évoluent plus lentement : le seizième jour, tandis que les petits éléments des pieds ont disparu sans croûte, et qu'au niveau du poignet ils ne persistent que sous forme de petites taches brunes, les grands éléments se sont arrondis, ont pris un diamètre de 2 cm. Le centre en est formé par une croûte à reflets blanchâtres, elle est irrégulière et s'entoure d'un cercle blanc formé par la périphérie de la vésicule qui s'est plissée, le tout bordé d'un liseré congestif. A cette époque les lésions muqueuses ont guéri. Le vingt-unième jour tous les éléments sont à l'état de croûtes ; certaines sont tombées, découvrant un épiderme jeune, plissé, qu'entoure une fine collerette de desquamation.

Dans ce cas, l'état général a toujours été satisfaisant. On n'a trouvé aucun symptôme viscéral, pulmonaire, cardiaque ou abdominal. L'évolution a été des plus simples. Au bout d'un mois, ce sujet, guéri était envoyé en convalescence.

*Examens de laboratoire.* — Le 11 juin, frottis. Lèvres : diplo-strepto et bacilles ; conjonctive : cocci. Urèthre : cocco-bacilles (pas d'éléments phagocytes, pas d'espèce unique).

Le 13 juin, globules rouges = 5.600.000 ; globules blancs = 3.800. Pourcentage : 62 poly neutrophiles ; 1 poly éosinophile ; 3 grands mononucléaires, 11 moyens mononucléaires, 23 lymphocytes.

Hémoculture : staphylocoques d'impuretés.

Frottis du liquide d'une vésicule : polynucléose neutrophile, nombreux pneumocoques avec très fréquentes figures de phagie. Ensemencement sur Bordet-Gengou du liquide d'une vésicule ; culture de staphylocoque doré.

Le 16 juin, examen des urines : pas de glycosurie, pas de peptones. Traces d'albumine.

### OBSERVATION III

(Docteur Robert Rendu)

D..., Vital, 21 ans, soldat au 139<sup>e</sup> R. I. Entre le 28 février 1917, dans le service d'oto-rhino-laryngologie de l'Hôpital Temporaire 16 (Royallieu, près Compiègne) avec le diagnostic de « stomatite aiguë » venant de Chevincourt (Oise).

L'affection a débuté le 22 février par des frissons, de

la céphalée, de la rachialgie et de la dysphagie. La température a oscillé depuis le premier jour entre 38° et 39°. Entré à l'infirmerie de son régiment le 24, le malade vit apparaître le 26 des « boutons » sur la face interne de ses lèvres ainsi que sur son gland. Evacué le 28 sur Royallieu.

28-2-1917. — A l'entrée : toute la *muqueuse buccopharyngée* (face interne des lèvres et des joues, piliers, paroi pharyngée postérieure) sauf la muqueuse linguale est recouverte de pseudo-membranes blanchâtres, à contours irréguliers et mal délimités ; à certains endroits la muqueuse à l'air comme décollée, à d'autres il s'agit d'exsudats adhérents, à d'autres enfin (bord des lèvres en particulier) on note des saillies mamelonnées d'aspect couenneux. Le maximum des lésions est au niveau des espaces intermaxillaires.

Deux ou trois éléments papuleux sur le *gland* avec rougeur du méat, sans écoulement. Rien à l'anus ni objectivement, ni subjectivement.

Pas d'adénopathie inguinale ni cervicale.

Aucun élément éruptif sur le reste du corps.

Très légère injection vasculaire des *conjonctives*. Le malade se plaint de picotements aux yeux et d'avoir les paupières collées au réveil. Pas d'epistaxis.

*Dentition* en très mauvais état : 5 à 7 dents très cariées à chaque mâchoire. Symptômes généraux : fièvre, affaiblissement, vive lassitude.

Urines : pas d'albumine. Le malade dit tousser depuis une douzaine de jours.

2 mars. — Etat général meilleur, bien que la tempé-

rature atteint encore  $38^{\circ}7$  ce matin. La face interne des joues (surtout au niveau de l'espace intermaxillaire) est recouverte de véritables couennes de 2 mm. d'épaisseur environ. On note ce matin 4 à 5 petites vésicules herpétiformes à contenu trouble au-dessus de la commissure labiale gauche. Au niveau du *gland* on constate une rougeur inflammatoire vive de toute la muqueuse avec un aspect chagriné, plissé et une petite vésicule. Pas d'urétrite, mais simple méatite ; une petite gouttelette de pus à la pression de l'extrémité du gland. Piqueté rougeâtre sur le voile du palais.

3 mars. — Otolgie reflexe (tympan d'aspect normal). Le malade se plaint du *nez* depuis quelques jours : un premier examen rhinoscopique fait hier avait été négatif : un autre plus attentif fait aujourd'hui montre de chaque côté une collerette pseudo-membraneuse, à la limite de la narine et des fosses nasales. Rien sur les cornets.

*Gland* : exulcération de la muqueuse du méat qui apparaît d'un rouge vif.

*Muqueuse bucco-pharyngée* : amélioration de l'état de la muqueuse labio-jugale, mais extension des fausses membranes sur le voile, où le piqueté hémorragique signalé précédemment semble n'être que la muqueuse respectée par endroit par le processus pseudo-membraneux.

*Larynx* : bord de l'épiglotte complètement recouvert de fausses membranes blanches. Toujours pas d'éruption cutanée.

4 mars. — *Conjonctivite* plus marquée subjectivement et objectivement.

La langue présente depuis hier en avant deux plaques d'exsudat blanchâtre. Méat en voie de cicatrisation.

5 mars. — Les fausses membranes diminuent d'étendue au niveau du voile et de la voûte palatine, mais la paroi pharyngée postérieure, ainsi que les piliers postérieurs, sont encore recouverts d'un exsudat fibrineux épais.

8 mars. — Voûte palatine, voile et pharynx débarrassés de fausses membranes, sauf à l'extrémité de la luette et à la partie inférieure de la paroi postérieure du pharynx. On en note aussi sur la face interne des lèvres et des joues et sur la moitié droite du bord de l'épiglotte.

Plus rien aux yeux. Gland : petites croûtelles sur le méat.

10 mars. — Plus rien sur la luette.

13 mars. — Plus de fausses membranes sur l'hypopharynx. Il n'en persiste une petite que sur le bord labial interne à gauche. Le malade va beaucoup mieux et est évacué sur la zone des étapes le 14 mars.

*Examens bactériologiques.* — (Laboratoire d'armée : D<sup>rs</sup> Costa et Troisier).

1<sup>er</sup> mars. — a) Fragment pseudo-membraneux buccal : à l'examen direct : cocci, leptothrix, nombreux bacilles fusiformes, rares spirilles.

Ensemencement : ni bacille diphtérique, ni streptocoque.

b) Méat : examen direct de frottis : petits diplobacilles intracellulaires en palissade.

3 mars : a) hémoculture : reste stérile.

b) Méat : très nombreux polynucléaires à l'intérieur desquels sont des amas de petits bacilles minces et courts, parfois en diplo. Gram négatif. Amas de mêmes petits bacilles à l'état libre. Ce bacille n'a pu être cultivé, même sur gélose sang.

c) Bouche : frottis : flore microbienne variée : assez nombreux fusiformes. Spirilles plutôt rares

d) Conjonctives : frottis : bacille pseudo-diphtérique.

#### OBSERVATION IV

(Docteur Robert Rendu)

M..., Gustave, 28 ans, au 35<sup>e</sup> d'artillerie. Entre le 28 février 1917 à l'Hôpital Temporaire 16 à Royallieu (près Compiègne) et passe le 2 mars dans le service d'oto-rhino-laryngologie. Il vient de Rémy (Oise). L'affection a débuté par de la *toux* vers le 20 février. Trois ou quatre jours après sont apparues de la *dysphagie*, de la conjonctivite et de la balanite. Le malade dit avoir de la fièvre depuis le 26 environ, la température prise seulement le 28 était de 39°3 (axillaire) le matin. Il n'a jamais eu d'affection analogue à celle qu'il présente maintenant et ne connaît pas d'autres cas autour de lui.

2 mars 1917. — A l'entrée : la *muqueuse buccale* présente une stomatite pseudo-membraneuse intense, prédominante à la face interne des lèvres et des joues, avec aspect diphtéroïde. Le maximum des lésions est au ni-

veau de l'espace intermaxillaire où on note un exsudat fibrineux très épais, fomenteux, d'aspect couenneux. L'haleine est fétide et le malade crache de temps en temps des débris membraneux avec filets de sang. Salivation abondante. Dysphagie assez vive.

Larynx : voix simplement un peu voilée. Bronches : rien à l'auscultation.

*Conjonctives* : rougeur assez vive et bilatérale surtout des parties recouvertes par les paupières ; ces dernières sont collées au réveil. Ni picotement, ni brûlure, mais écoulement purulent et amblyopie.

*Néz* : sensation de sécheresse et de cuisson, sans épistaxis, avec constatation d'un croissant pseudo-membraneux externe à l'entrée de chaque fosse nasale (à la limite de celle-ci et de la narine).

*Gland* : Balano prostate érosive étendue à tout le gland et à une partie du prépuce, et donnant un aspect tigré dû à des aires d'exsudat pseudo-membraneux qui alternent avec des aires d'un rouge vif où l'épithélium a disparu. Pas d'écoulement uréthral, pas de dysurie. Le gland est sensible, mais sans cuisson vive cependant.

Aucune éruption cutanée. Rien à l'anus. Urines : albuminurie légère (0,15 par litre).

5 mars. — Le gland et les yeux vont mieux. Stomatite stationnaire. Toujours pas d'éruption cutanée.

8 mars. — Plus de fausses membranes à l'entrée des fosses nasales.

Plus rien aux conjonctives ni au gland.

Il persiste des fausses membranes (avec liseré rouge

périphérique) sur la face interne des lèvres et des joues, ainsi que sur le bord de la *langue* ; ces fausses membranes sont d'un blanc laiteux et se détachent en saignant un peu quand on les touche au porte-coton. Examen laryngoscopique très difficile précédemment à cause de la stomatite, négatif aujourd'hui.

13 mars. — On ne constate plus qu'un aspect leucoplasique de la face interne des joues et trois ou quatre petits placards pseudo-membraneux entourés d'une zone rouge sur la face interne de l'orifice buccal. Gland complètement guéri. Plus d'albumine.

14 mars. — Le malade est évacué en bon état sur la zone des étapes.

*Examens bactériologiques.* — (Laboratoire d'armée : D<sup>rs</sup> Costa et Troisier).

2 mars. — Balanite : flore polymorphe. Assez nombreux diplobacilles grêles à Gram négatif. Stomatite : flore polymorphe. Bacilles fusiformes. Conjonctives : quelques bacilles pseudo-diptériques.

3 mars. — Hémoculture (en bouillon citraté) : stérile.

#### OBSERVATION V

(Docteur Robert Rendu)

Ch..., Jean-Marie, 29 ans, soldat au 121<sup>e</sup> R. I. Entre le 13 mars 17 dans le service oto-rhino-laryngologique de l'Hôpital Temporaire de Royallieu (près Compiègne). La maladie a débuté, il y a 10 jours (le 3 mars) par un malaise général, de la lassitude, des maux de tête et de la

fièvre (38° axillaire) en même temps apparurent : une dysphagie assez vive avec « sensation de feu à la bouche », de la cuisson oculaire avec paupières collées au réveil et rougeur conjonctivale. Le 5 il entre à l'infirmerie de son régiment, les symptômes douloureux s'étant encore accentués. Le 6 et le 7 la température (axillaire) oscille toujours autour de 38°. La dysphagie devient moins vive à partir du 8. Evacué le 10 sur l'ambulance 202 à Giraumont ; là les yeux commencent à aller mieux. Il passe le 12 à l'ambulance 16/13 à Clairvoix (Oise) avec le diagnostic : « courbature fébrile et stomatite rebelle au traitement depuis 8 jours ». Le 13 il entre à Royallieu avec, sur son billet d'hôpital, la mention « stomatite ulcéreuse ».

13 mars. — A l'entrée, malade apyrétique mais paraissant néanmoins assez abattu. Plus de douleur à la déglutition comme il y a quelques jours (d'ailleurs plus rien au pharynx) mais douleurs à la préhension des aliments et à la mastication. Les lèvres sont enflées et recouvertes sur leur face interne de fausses membranes blanchâtres adhérentes, cerclées d'un liseré rouge et limitées au pourtour de l'orifice buccal. On note quelques croûtes sanguinolentes sur la face externe des lèvres. Rien actuellement sur la muqueuse jugale correspondant à l'espace intermaxillaire.

*Voûte palatine* : muqueuse exulcérée par endroits avec traces de fausses membranes. Rien au pharynx ni au larynx.

*Nez* : pas de fausses membranes intérieurement. Deux croûtelles sur le lobule.

*Conjonctives* : le malade ne s'en plaint plus. Simple rougeur légère. Rien au gland, ni à l'anus, ni à la peau.

*Dentition* : 2 ou 3 dents cariées.

Le malade ne peut être suivi, ayant dû être évacué en raison des circonstances militaires, le 14 mars, sur la zone des étapes.

*Examen bactériologique.* — (Laboratoire d'armée : D<sup>re</sup> Costa et Troisier). Frottis de fausses-membranes labiales : rares leucocytes, filaments fibrineux. Comme éléments microbiens on ne trouve que quelques diplocoques prenant le Gram.

## OBSERVATION VI

(Docteur Duverger)

R..., Théotine, 48 ans, soldat au 10<sup>e</sup> d'artillerie à pied (62<sup>e</sup> batterie). Entré le 12 mars 1917 à l'Hôpital Jeanne d'Arc, à Compiègne, avec le diagnostic « syphilis et ophthalmie purulente ». Il est reçu dans le service du D<sup>r</sup> Duverger où on prend l'observation suivante :

*Antécédents personnels* : croup à 2 ans Eczéma (?) généralisé à 11 ans. Blennorrhagie à 20 ans Marié à 34 ans : 4 enfants (sa femme a eu une fausse couche de 5 mois en janvier dernier ; bien portante depuis). Il s'est exposé à une contamination sexuelle il y a trois semaines (20 février). La maladie actuelle a débuté il y a une dizaine de jours (vers le 2 mars) à Choisy-au-Bac (Oise) par de la fièvre (température non prise), mal à la gorge, mal à la bouche, puis mal aux yeux.

12 mars 1917. — A l'entrée : *paupières* agglutinées par des croûtes épaisses ; sécrétion fibrineuse abondante venant du sac conjonctival. Après nettoyage à l'eau bouillie, on voit une exulcération très superficielle, allongée, symétrique, partant de l'angle interne (où elle se termine) en pointe pour remonter sur la paupière supérieure, au-dessus de la ligne des cils qui est respectée (1 cm.  $\frac{1}{2}$  à 2 de long sur  $\frac{1}{2}$  de large). Cette exulcération est recouverte d'une fausse membrane grisâtre peu adhérente qui se laisse enlever en bloc par le tampon ; au-dessous d'elle on voit une surface rouge vif saignant dès qu'on enlève la fausse membrane et au moindre contact. Le reste de la peau des paupières est normal. Les commissures externes présentent une petite érosion en V qui saigne quand on ouvre la fente palpébrale.

*Conjonctives* : rougeur diffuse, favorisée peut-être par un bandeau occlusif ; sécrétion fibrineuse, mais non purulente. Sur le tarse supérieur et symétriquement (au niveau de l'angle supéro externe) petite érosion très superficielle, ovalaire, de 2 à 3 mm. de diamètre, recouverte d'une fausse membrane peu adhérente, saignant très facilement et présentant les mêmes caractères que l'érosion cutanée. Pas de ganglions préauriculaires ni sous-maxillaire. Cornée normale.

Erosions analogues sur les *lèvres* et aux commissures labiales. Plaques muqueuses sur les bords de la langue.

Traitement général : Mercure et gargarismes au chlorate de potasse. Attouchement des surfaces érodées cutanées avec du nitrate d'argent à 5 %. Pas de traitement conjonctival.

15 mars 17. — Les ulcérations palpébrales ont diminué des  $\frac{2}{3}$  : une croûte sèche et adhérente a remplacé la fausse membrane. Conjonctives : rougeur diffuse et sécrétion ont notablement diminué ; les exulcérations du tarse sont stationnaires. Même traitement.

20 mars. — Cicatrisation complète des lésions cutanées et conjonctivales. Il reste : 1° un peu de rougeur des culs-de-sac inférieurs ; 2° une petite érosion minuscule de la commissure externe, ne saignant plus à l'ouverture des paupières, visible seulement avec un bon éclairage. Pas de ganglions.

Le Docteur Duverger se croyant en présence d'un cas de plaques muqueuses palpébro-conjonctivales avec stomatite ulcéro-membraneuse avait pris cette observation en vue d'une publication ultérieure. Ayant entendu parler entre temps des cas curieux que nous avons observés, frappé d'autre part par la coexistence de lésions analogues sur les lèvres, la bouche et le gland, il nous l'envoie à Royallieu le 22 mars, pensant que cela nous intéresserait. Nous complétons alors son observation.

22 mars. — *Conjonctives* encore un peu rouges avec paupières collées au réveil. *Pharynx* : plus rien au niveau de la face interne des joues ni sur la langue, d'ailleurs plus de dysphagie. *Bouche* : croûte noirâtre sur tout le pourtour de l'orifice buccal, saignant au moindre contact. Une petite fausse membrane sur la commissure labiale droite. *Gland* : exulcérations périméatiques en voie de cicatrisation. Rougeur du méat. Pas d'écoulement uréthral. *Anus* : pas examiné au début du séjour, le malade n'a rien eu fonctionnellement. *Peau* : pas d'examen systématique à l'entrée à l'hôpital Jeanne d'Arc. Cepen-

dant, au cours de la recherche de la roséole, on a découvert quelques jours après sur les membres inférieurs, cuisse surtout, une quinzaine de plaques purpuriques et cuivrées des dimensions de pièces de 1 et 2 fr. avec au centre une croûte jaunâtre et à la périphérie une collerette épidermique. Ni prurit, ni douleur.

*Examen bactériologique.* — Laboratoire d'armée : D<sup>rs</sup> Costa et Troisier), 22 mars. Stomatite : examen direct : association fuso-spirillaire, diplocoque à Gram positif. Ensemencement : staphylocoques et quelques bacilles diphtériques vrais.

## OBSERVATION VII

(Docteurs Duverger et Robert Rendu)

L..., Henri, 28 ans, soldat au 144<sup>e</sup> R. I., entre le 30 mars 1917 à l'Hôpital Temporaire 16 à Royallieu, avec le diagnostic « dacryocystite, gingivite et stomatite ». Passe le 4 avril dans le service d'oto-rhino-laryngologie où il est envoyé par le Docteur Duverger.

L'affection a débuté il y a 8 ou 10 jours : il s'est réveillé un matin avec de la fièvre (39° axillaire) les lèvres enflées, les paupières collées, souffrant pour mastiquer et déglutir. Entre à l'infirmérie le même jour. Il y reste 3 jours (temp. 39°). Accentuation de la salivation et de la douleur à la mastication et à la déglutition, la langue et le palais deviennent aussi douloureux et se couvrent de plaques blanchâtres ainsi que la face interne des lèvres et des joues. Les unes deviennent rouges sans gonflement palpébral cependant.

4 avril 1917. — A l'entrée le malade apyrétique depuis 4 jours trouve que les yeux vont beaucoup mieux et se plaint seulement de sa bouche et de sa verge.

A l'examen : *yeux* : plus de rougeur des conjonctives ni d'adhérences des paupières au réveil. *Nez* : dit qu'il a mouché du sang à plusieurs reprises ; à la rhinoscopie, antérieure on a constaté, de chaque côté, de la rougeur de la muqueuse de l'entrée des fosses nasales avec, à la limite de la fosse nasale et de la narine des croûtelles saignotantes. *Lèvres* : plus d'enflure depuis 7 jours, mais croûtes brunâtres, saignant au moindre contact sur tout le pourtour de l'orifice buccal. La face interne des lèvres et des joues (surtout au niveau de l'espace intermaxillaire) est recouverte d'exsudats pseudo-membraneux de forme très irrégulière (non polycycliques) blanc crèmeux, entourés d'une zone congestive d'un rouge vif ; les exsudats forment par endroits une saillie prononcée de 1 à 2 mm. ; le porte-coton les détache facilement, découvrant une surface saignant abondamment.

Lésions identiques sur bords et face inférieure de la langue, ainsi que sur le frein.

Rien sur la muqueuse gingivale.

Nombreuses dents cariées. Mais les lésions ne sont *pas* plus accusées à leur niveau.

*Voûte palatine* : lésions analogues, mais en voie de régression.

*Pharynx* : n'a plus de dysphagie. Examen négatif actuellement.

*Larynx* : rien, n'a d'ailleurs pas eu de dysphonie ; dit tousser légèrement.

*Anus* : rien objectivement, ni subjectivement.

*Verge* : sur le gland, croûtelles brunâtres sur l'extrémité indiquant des lésions de réparation. Pas d'urétrite. Pas de douleur pour uriner. A 1 cm. en arrière du sillon kalano-préputial et de chaque côté du frein, on constate encore de petites exulcérations avec léger exsudat pseudo-membraneux, et liseré rouge périphérique. Ni douleur, ni ganglions.

*Peau* : il ne se plaint de rien et n'a rien remarqué. Cependant un examen minutieux montre sur les avant-bras, disséminés sur leur face antérieure et postérieure, des macules d'un rouge cuivre de 2 à 5 mm. de diamètre, au nombre de 4 à 5 à droite, de 10 à 12 à gauche, s'effaçant mal à la pression. Quelques-unes d'entre elles ont au centre une petite croûte brune.

Au cours de la seconde quinzaine d'avril, le malade, complètement guéri de sa stomatite, de sa conjonctivite et de sa balanite, mais ayant toujours un état général médiocre, présente un furoncle rétro-mastoïdien droit suivi d'un adéno-phlegmon puis d'un *phlegmon ligneux de la nuque*. Vu alors par le Docteur Boeglin, dans le service de qui il passe. Le 30, incision cruciale au thermo-cautère, sans amélioration consécutive. L'état général s'aggrave, tremblements, sueurs profuses, pouls filiforme, signes de broncho-pneumonie, voussure considérable de la moitié postérieure du cou avec fluctuation profonde.

Le 4 mai, après avoir remonté son état général, le Docteur Hardouin, sous anesthésie locale au kéléne, fait une incision médiane postérieure et trouve, à quelques

centimètres de profondeur, une collection purulente. Drainage. L'état général ne s'améliore pas et le malade meurt le 6 mai d'une broncho-pneumonie bilatérale vérifiée à l'autopsie.

*Examen bactériologique.* — (Laboratoire d'armée : D<sup>rs</sup> Costa et Troisier). — 4 avril : 1° Examen direct : *Bouche*, quelques cocci, Gram positif. *Gland* : Flore polymorphe ; cocci divers. Quelques bacilles longuets. Gram négatif.

2° Ensemencement : (stomatite) : a) aérobies : streptocoques nombreux, quelques colonies de staphylocoques.

b) anaérobies : streptocoque et coccus à Gram négatif. Le pus du phlegmon contenait du staphylocoque

#### OBSERVATION VIII

(Docteurs Bailliart et Robert Rendu)

V..., Hippolyte, 20 ans, soldat au 2<sup>e</sup> groupe d'aviation, Escadrille F. 8. Entre le 17 septembre 1917 à l'Hôpital de Royallieu, dans le service d'ophtalmologie. Rien à noter dans les antécédents à part une conjonctivite en mars 1917 à Dijon (parti guéri après 9 jours d'hôpital, n'ayant eu aucune autre localisation).

La maladie actuelle a débuté le 1<sup>er</sup> ou le 2 août à Ham, par une dysphagie qui s'est accentuée les jours suivants. S'étant regardé dans une glace vers le 4 août le malade dit y avoir vu « du blanc dans le fond ». Pas de symptômes fébriles nets, mais photophobie et accole-

ment des paupières au réveil depuis le 4. Il se fait porter malade le 5 et est évacué sur l'H. O. E. 7 de Ham avec le diagnostic : « Conjonctivite muco-purulente. Stomatite » (Docteur E. Castagnon). On l'envoie de là à l'ambulance 5/11 à Ham, où il reste 4 ou 5 jours en observation : apparition de dysurie et 2 ou 3 jours après d'un peu de pus au niveau du méat. Ces symptômes furent de courte durée. Température prise deux fois : 37°3 et 37°8. Albuminurie notable constatée le 10 août. Evacué le même jour sur l'ambulance 3/8 à Noyon avec le diagnostic : « Conjonctivite aiguë à sécrétion sanieuse avec stomatite ulcéreuse. Fièvre. Origine diphtérique ? » Impossibilité de pratiquer un examen bactériologique. Reste du 10 août au 17 septembre dans cette ambulance. Il y a été soigné pour la bouche par le Docteur Grysez et pour les yeux par le Docteur Baillard, médecin-chef.

Le symptôme prédominant a toujours été la douleur à la mastication et à la déglutition ; c'est au moment de son évacuation sur Noyon (vers le 10 août) qu'il a le plus souffert ; les « peaux blanches » qu'il avait au fond de la gorge avaient alors envahi la face interne des *joues* et des *lèvres*, les *gencives* et presque toute la face supérieure de la *langue* ainsi que leurs bords. Le maximum des lésions était, au dire du malade, à la face interne des commissures labiales. Ces « peaux » saignaient assez facilement quand on les touchait et il n'a pas eu d'enflure des lèvres. La température rectale prise du 11 au 24 août a oscillé entre 37° et 37°8. Le malade avait une salivation abondante continuelle. Le traitement en attouchements et en collyres au bleu de méthylène. Vers le 15 août, amélioration sensible. Il commence à manger. Vers le

20 il ne souffre plus, mais a encore quelques plaques blanches à la face interne des lèvres et se réveille parfois avec celles-ci collées comme les paupières. A la fin d'août plus de fausses membranes visibles, mais persistance de la conjonctivite avec accollement matutinal des paupières et photophobie.

Evacué le 17 septembre sur l'hôpital de Royallieu avec le diagnostic : « Conjonctivite double à spirilles » raturé et remplacé par celui de « Spirillose généralisée ; il persiste actuellement un peu de blepharo conjonctivite » Signé : Baillard. Il entre au pavillon d'ophtalmologie où le Docteur Rendu le voit le lendemain. Il recueille alors les quelques renseignements complémentaires suivants :

*Nez* : N'a jamais mouché ni pus, ni sang, ni fausses membranes.

*Larynx* : Etait aphone au moment de son évacuation sur Noyon. N'a pas été laryngoscopé.

*Peau* : Dit n'avoir jamais eu d'éruption. Un examen minutieux ne permet pas d'en trouver des traces.

*Examen bactériologique.* — Frottis d'exsudats buccaux et conjonctivaux. (Laboratoires des D<sup>rs</sup> Grysez et Pierret, 10 août 1917).

Frottis bouche : très nombreux streptothrix et fuso. Rares *spirilles*. Frottis paupières et urines centrifugées : ni streptothrix, ni spirilles.

Laboratoire des D<sup>rs</sup> Costa et Troisier, 17 septembre. Frottis conjonctival : staphylocoques.

OBSERVATIONS IX ET X

(Docteurs Grysez et Pierret)

Les Docteurs Grysez et Pierret ont présenté à la réunion médico-chirurgicale de la 3<sup>e</sup> armée : séance du 19 juillet 1917 (*Presse Médicale*, 6 août), sous le titre : « Quelques observations de spirillose », trois observations de malades ayant eu en même temps une stomatite ulcéro-membraneuse à association fuso-spirillaire et streptothrix; une conjunctivo blépharite double, enfin, au niveau des mains et des pieds, une éruption d'érythème polymorphe avec papules en cocarde et bulles volumineuses (l'une d'elles s'étendait à toute la surface plantaire) renfermant un liquide séro-sanguinolent stérile à l'examen direct et après culture. Chez l'un d'eux plus longuement observé une hémoculture resta négative, mais les urines centrifugées mirent en évidence un très grand nombre de spirilles.

Ces trois observations n'ont paru in-extenso nulle part et nous n'avons pu nous les procurer ; mais il est très probable que l'une d'elles concerne le malade de l'observation VIII.

Cela porterait donc à dix le nombre des cas actuellement publiés de l'affection que nous publions.

---

## Symptomatologie

---

La maladie nous présente des symptômes généraux et subjectifs caractérisés par des troubles fonctionnels en rapport avec les lésions muqueuses et cutanées qui forment un ensemble de symptômes objectifs.

### I. — Symptômes généraux et subjectifs

Ce sont d'abord des frissons, de la courbature et de la céphalée qui précèdent de peu l'apparition de douleurs au niveau des muqueuses touchées par l'inflammation. On note du larmolement et du picotement au niveau des yeux avec accolement des paupières au réveil. Du côté de la bouche, c'est une dysphagie assez vive avec gêne très marquée de la préhension et de la mastication des aliments. Un ou deux malades ont présenté du trismus. L'haleine est constamment d'une odeur fétide comparable à celle du noma ou de la stomatite mercurielle. La sa-

livation est abondante, parfois sanguinolente, mêlée de petits débris membraniformes.

Les malades accusent dans près de la moitié des cas une sensation désagréable de sécheresse et de cuisson à l'intérieur du nez. Ils ont parfois de petits épistaxis.

Dans deux cas on a constaté des lésions anales avec douleurs vives au moment de la défécation.

Les lésions des organes génitaux sont presque constantes ; elles ne provoquent qu'une sensation de chaleur ou de cuisson s'accroissant parfois au moment de la miction.

L'éruption cutanée, quand elle existe, ne s'accompagne pas de prurit.

La fièvre apparaît au début de l'affection, se maintient entre 38° et 39°5 pendant un ou deux septénaires, puis décroît progressivement pour revenir à la normale vers la troisième semaine.

L'albuminurie est signalée en plus ou moins grande quantité dans presque toutes les observations.

Enfin les malades sont très prostrés, dans un état d'adynamie prononcé dans les premiers jours de la maladie.

## II. — Symptômes objectifs

1° MUQUEUSES. — a) *Conjonctives* : Elles sont rouges, légèrement œdématisées. Les cils sont collés. Une sécrétion purulente ou fibrineuse abondante s'écoule par les commissures palpébrales. En un mot, ce sont tous les symptômes d'une conjuncti-

vite bilatérale aiguë. Dans un certain nombre de cas on ne note que de la rougeur des conjonctives, sans écoulement. Dans un cas (obs. VI) on a constaté des exulcérations symétriques sur le tarse supérieur, recouvertes de fausses membranes.

b) *Pituitaire*. — A la rhinoscopie antérieure, on constate simplement une rougeur vive de la muqueuse. Dans deux cas (obs. III et IV) on a noté une collerette pseudo-membraneuse bilatérale, à l'union de la narine et de la fosse nasale, soit simplement un croissant fibrineux.

c) *Larynx*. — N'a pas été examiné dans toutes les observations, le trismus ou l'intensité des lésions buccales rendant tout examen laryngoscopique impossible. On a noté une fois (obs. IV) l'existence de fausses membranes sur le bord supérieur de l'épiglotte.

d) *Muqueuses linguale et buccopharyngée*. — Ce sont elles qui présentent les lésions les plus accusées. Elles consistent à la période d'état en de larges exulcérations recouvertes d'enduit pseudo-membraneux assez adhérent dont le détachement provoque de petites hémorragies. Ces fausses membranes ont une teinte blanchâtre rappelant assez les productions diphtériques. Elles ont parfois un aspect couenneux sur la face interne des lèvres où leur épaisseur peut atteindre 2 à 3 mm. Elles se localisent d'habitude sur la face interne des lèvres et des joues, tapissant souvent tout le pourtour de l'orifice buccal et attei-

gnant leur plus grand développement au niveau de l'espace intermaxillaire. Dans quelques cas ces exsudats fibrineux débordent sur la partie visible de la muqueuse labiale où ils prennent une teinte noirâtre (obs. I) en raison de leur dessication à l'air et des saignements fréquents provoqués par les mouvements des lèvres. Comme localisations plus rares, signalons : la langue quatre fois (surtout les bords et la face inférieure), la muqueuse gingivale deux fois. Dans trois cas (obs. I, III, VIII) on constatait aussi des érosions pseudo-membraneuses sur la muqueuse pharyngée (paroi postérieure, voile, piliers ou amygdales). A noter la reproduction constante des fausses membranes quand on les détache au porte coton. Aucun des malades n'ayant été examiné au début de l'affection, il est impossible de préciser le mode d'apparition des lésions buccales ; il ne semble pas à l'interrogatoire que celles-ci aient débuté par des vésicules.

e) *Gland et prépuce.* — Lésions presque constantes ; la muqueuse est rouge, présentant par places de petites ulcérations très superficielles recouvertes parfois d'un mince exsudat pseudo-membraneux. Ces érosions siègent sur le gland, plus spécialement autour du méat, exceptionnellement sur le prépuce (obs. I et IV). Dans quelques cas il n'existe que de la rougeur vive autour du méat. On ne note pas d'urétrite.

f) *Anus.* — Mêmes lésions observées seulement dans deux cas (obs. I et II).

g) *Ganglions*. — Dans aucune des observations on n'a constaté d'adénopathie, soit cervicale, soit inguinale.

2° PEAU. — L'éruption n'est pas constante. Elle a été observée sept fois sur dix environ ; peut-être dans les autres cas a-t-elle passé inaperçue en raison de son peu d'intensité, de l'absence de prurit ou de sa disparition au moment de l'examen. Quoiqu'il en soit, elle semble être assez variable dans sa morphologie et dans ses localisations.

On la trouve habituellement au niveau des membres supérieurs et inférieurs, de préférence près des extrémités. La racine des membres, le tronc et la face, sont toujours indemnes de toute lésion. La caractéristique de cette éruption est de ne s'accompagner ni de douleur, ni de démangeaison. Elle apparaît en général deux jours après le début de la maladie, d'une façon discrète, et ce n'est que par hasard que l'on découvre souvent les éléments qui la constituent. Ce sont d'abord des papules simples, de la grosseur d'une tête d'épingle, en nombre variable. En certains points ces papules se disposent en amas, donnant ainsi à la lésion une périphérie polycyclique pouvant atteindre les dimensions d'une pièce d'un franc. L'éruption dure environ un septénaire ; les éléments augmentant petit à petit de nombre et de volume, gagnant les mains et les pieds où l'on en rencontre sur la face dorsale et la face palmaire ; certains même peuvent remonter jusqu'au coude

(obs. VII) ou jusqu'aux cuisses (obs. VI). Sur toute l'étendue des papules apparaissent, deux jours après le début de l'éruption, des vésicules blanchâtres douces au toucher, renfermant un liquide clair qui se trouble petit à petit. Autour de la papule on voit une zone congestive qui, peu à peu, se pigmente, prend un aspect violacé qui la rapproche du purpura. Ces vésicules se dessèchent, laissent à leur suite une petite croûte centrale ; quand cette croûte est tombée il subsiste une tache pigmentée, de teinte cuivrée, dont le pourtour présente parfois une petite collerette épidermique. Certaines de ces vésicules peuvent s'infecter et devenir de véritables pustules ; d'autres s'étendent et se transforment en bulles plus ou moins volumineuses (obs. II). Dans les observations IX et X l'une d'elles s'étendait même à toute la surface plantaire.

On ne constate jamais de récurrence une fois que la guérison est survenue.

---

## Evolution

---

La maladie débute habituellement d'une façon assez brusque par des symptômes fébriles suivis assez rapidement (24 à 36 heures) de troubles fonctionnels au niveau des muqueuses enflammées. Celles-ci ne sont pas toutes atteintes dès le début. Ce sont habituellement les muqueuses buccale et oculaire qui sont touchées les premières. Les organes génitaux et l'anus sont généralement atteints en second lieu (2 à 4 jours après). Mais cet ordre de succession n'a rien de fixe sauf pour la bouche : c'est ainsi que l'on peut voir la muqueuse génitale atteinte dès le premier jour (obs. IV) ou bien les conjonctives ne s'enflammer qu'en second lieu (obs. III). Quant à l'éruption cutanée inconstante, comme nous l'avons déjà dit, elle apparaît en général dans les premiers jours de la maladie, et guérit plus rapidement que les lésions des muqueuses ; c'est ce qui fait qu'elle doit passer parfois inaperçue lorsqu'elle a été légère et que le malade est examiné à une période tardive de son affection.

Si nous envisageons les symptômes au point de

vue de leur ordre de disparition, nous voyons que ce sont habituellement les lésions conjonctivales et génitales qui guérissent les premières (obs. I, III, IV, VII). Les lésions buccopharyngées sont beaucoup plus longues à disparaître et persistent souvent partiellement alors que tout autre symptôme a disparu. Si le malade est examiné à ce moment là, il est pris pour une simple stomatite ulcéro-membraneuse, si l'on n'a pas soin, par un interrogatoire précis, de dépister rétrospectivement les autres localisations.

La maladie évolue habituellement en l'espace d'un mois ; elle s'est toujours terminée par la guérison, sauf dans un cas (obs. VII) où le malade, guéri de ses lésions muqueuses, fit, à la suite d'un furoncle rétromastoïdien, un phlegmon ligneux de la nuque avec septicémie et broncho-pneumonie mortelle. Mais cette complication paraît indépendante de l'affection que nous étudions.

---

## Etiologie

---

Dans tous les cas observés (sauf obs. VI : 48 ans) il s'agissait de jeunes soldats âgés de 20 à 29 ans. Aucun d'eux ne servait dans un régiment de cavalerie ou d'artillerie de campagne, ce qui permettait d'éliminer l'hypothèse de fièvre herpétique transmissible du cheval à l'homme, fièvre dont on observe parfois des épidémies dans les quartiers de cavalerie.

Tous étaient de nationalité française et aucun d'eux n'avait fait dans les colonies un séjour récent qui put permettre de faire penser à une maladie exotique.

Tous les cas ont été observés dans le département de l'Oise, en 1916 et 1917 (deux en février, trois en mars, un en avril, un en juin et trois en août et septembre).

Les malades ont toujours été interrogés sur la notion d'épidémicité, aucun d'eux n'avait connaissance de l'existence de cas analogues dans son entourage (d'ailleurs les dix malades appartenaient

tous à des unités différentes). Il s'agissait donc bien de cas isolés sans rapport les uns avec les autres.

L'état de la dentition dans deux cas était noté comme assez mauvais, mais nous ne croyons pas que la carie dentaire soit une cause directe de cette affection pour les raisons suivantes :

1° Dans un assez grand nombre de cas la dentition était en bon état ;

2° Les lésions avaient leur maximum sur la face interne des lèvres et des joues et non pas sur la muqueuse gingivale ;

3° Tous les malades ont guéri sans aucune intervention dentaire.

---

## Bactériologie

---

Un certain nombre de recherches bactériologiques ont été faites dans des laboratoires d'armée par M. Noël Fiessinger (obs. I et II), par MM. Costa et Troisier (obs. III, IV, V, VI, VII et VIII), par MM. Grysez et Pierret (obs. VIII, IX et X). Ces recherches ont consisté en hémocultures, examens directs et ensemencements de frottis. Il eut été indiqué de tenter des inoculations sur différents animaux de laboratoire, mais les circonstances militaires ne l'ont pas permis. Les hémocultures ont toujours été négatives. Quant aux frottis et aux ensemencements, ils ont mis en évidence un grand nombre d'espèces microbiennes (pseudo-diphtérique, staphylocoque, streptocoque, diplocoque, diplobacille, leptothrix, etc...). Les bacilles de Löffler n'ont été trouvés qu'une fois (obs. VI) en ensemencement ; encore étaient-ils très peu nombreux et probablement à l'état de saprophytes.

L'association fusospirillaire a été constatée dans trois cas sur huit (obs. III, VI, VIII) ou cinq sur dix, si nous tenons compte des deux dernières observa-

tions très incomplètes. Mais il faut remarquer : 1° que deux fois les spirilles étaient rares (obs. III et VIII) ; 2° le fuso-spirille n'a jamais été retrouvé au niveau des lésions conjonctivales et balaniques, or on l'y eut sûrement observé s'il s'était agi, comme le pensaient MM. Grysez et Pierret, d'une spirillose généralisée. Ces auteurs prétendent bien avoir observé chez un de leurs malades (obs. IX ou X) un grand nombre de spirilles dans les urines centrifugées. Mais les recherches de M. Noël Fiessinger (Société de Biologie, 12 janvier 1918 : « Les spirochètes du méat et de l'urine chez l'homme normal ») ont montré qu'il existe incontestablement chez l'homme normal, au niveau du méat, dans un certain nombre de cas, des spirochètes de souillure capables de constituer une cause d'erreur pour la recherche de la spirochéturie ; 3° A supposer même que l'on eut trouvé du fuso-spirille dans les frottis buccaux de toutes les observations, il ne s'en suivrait pas nécessairement qu'il s'agit de stomatite causée par cette association microbienne, puisque l'on admet actuellement que celle-ci se développe à l'état saprophytique au niveau de toutes les ulcérations buccales, qu'elles soient d'origine dentaire, mercurielle, syphilitique ou autre.

Pour ces dernières raisons, nous ne croyons pas à la nature fuso-spirillaire de l'affection que nous avons décrite.

Nous avons dit plus haut que les examens avaient montré, au niveau des diverses muqueuses, une flore polymicrobienne très abondante ; on n'a pas noté de

prédominance nette et constante de l'une des espèces, prédominance pouvant faire penser à son action pathogène. Toutefois, M. Noël Fiessinger (obs. I), MM. Costa et Troisier (obs. III, IV et VII) ont observé à plusieurs reprises à l'intérieur des polynucléaires provenant des exulcérations balaniques, des amas de petits bacilles minces et courts parfois en diplo, ne gardant pas le Gram, qui pourraient bien être l'agent causal de la maladie. Malheureusement ils n'ont pas pu être cultivés ni inoculés.

---



## Diagnostic

---

Nous allons nous efforcer dans ce chapitre de différencier cette affection d'autres maladies qui s'en rapprochent, et de montrer en quoi elle nous semble constituer une entité clinique nouvelle.

Il est évident que le diagnostic s'impose, car aucune maladie infectieuse fébrile aiguë ne présente cette association de lésions cutanées (vésiculo bulleuses) et de lésions muqueuses (conjonctivale, nasale, bucco-pharyngée, balano-préputiale et anale).

Deux affections semblent se rapprocher à première vue de ce syndrome : l'hydroa de Bazin et la dermatite de Dühring. MM. Robert Rendu et Noël Fiessinger, dans leur article du *Paris Médical* (14 juillet 1917) avaient établi un tableau diagnostique de ces trois maladies ; mais les cas observés dans la suite leur ont montré que le diagnostic ne devait pas être fait avec ces dermatoses qui ont pour caractéristique d'être *apyrétiq̄ues*, *prurigineuses* et *récidivantes*. Le prurit n'a jamais été noté, pas plus que les récidives, et on a constaté dans tous les cas un état fébrile de plus ou moins longue durée, et une évolution cycli-

que analogue à celle d'une maladie infectieuse aiguë.

Mais l'affection ne se présente pas toujours avec un tableau symptomatologique complet (comme dans l'obs. I), certaines localisations peuvent manquer ou passer inaperçues en raison de leur indolence (lésions cutanées) ou de leur peu d'intensité (lésions nasales, balano-préputiales). D'autre part, lorsque le malade est soumis à l'examen, certaines lésions peuvent ne pas être encore apparues ou avoir déjà disparu, puisque nous avons noté au chapitre symptomatologie, l'asynchronisme d'évolution des lésions cutanées ou muqueuses. Une remarque générale d'ordre diagnostique s'impose donc : c'est qu'en présence d'une stomatite ulcéro-membraneuse (symptôme constant dans notre maladie), on doit toujours rechercher, par l'interrogatoire et l'examen, l'existence antérieure ou actuelle d'autres localisations cutanées, conjonctivales, nasales ou anogénitales. Remarquons en passant que cette évolution asynchrone des différents symptômes a dû être cause que pendant la guerre d'assez nombreux cas n'ont pu être diagnostiqués, les évacuations successives empêchant d'avoir une vue d'ensemble de la maladie. D'autre part, la prédominance des lésions conjonctivales, buccales ou préputiales a pu les faire diriger sur des services d'oto-rhino-laryngologie, d'ophtalmologie, de vénérologie, où les spécialistes, hypnotisés par la lésion prédominante, et ignorant l'existence de cette affection, n'ont pas procédé à un examen plus approfondi.

Ceci dit, nous allons passer en revue les affections

qui ressemblent le plus à la nôtre. Pour cela, reportons-nous aux diagnostics d'évacuation. Ils sont ainsi libellés :

Obs. I. — Stomatite et fièvre.

Obs. II. — Courbature fébrile, conjonctivite double et amygdalite.

Obs. III. — Stomatite aiguë.

Obs. IV. — Angine.

Obs. V. — Stomatite ulcéreuse.

Obs. VI. — Syphilis et ophtalmie purulente.

Obs. VII. — Dacryocystite, gingivite et stomatite.

Obs. VIII. — Conjonctivite aiguë à sécrétion sanguineuse, avec stomatite ulcéreuse. Fièvre. Origine diphtérique ?

On voit par cette énumération que les médecins de bataillon ayant évacué les malades, ont pensé à des stomatites aiguës, ulcéro-membraneuses, omettant de signaler les autres lésions génitales ou cutanées. Un seul avait songé à la possibilité d'une origine diphtérique, un autre avait pensé à la syphilis. Le diagnostic est donc principalement à faire avec les autres stomatites. Nous examinerons successivement les stomatites ulcéro-membraneuse, aphteuse, diphtérique et syphilitique.

### **Stomatite ulcéro-membraneuse**

Cette affection particulièrement étudiée par Bergeron, qui en a fait des descriptions restées classi-

ques, présente évidemment de nombreux points communs avec la stomatite que nous étudions. Les symptômes généraux et fonctionnels sont identiques (salivation, fétidité de l'haleine, gêne de la mastication et de la déglutition, anorexie, insomnie, prostration et fièvre). Quant aux lésions locales, elles siègent bien dans un cas comme dans l'autre sur les muqueuses labiale, gingivale, linguale, jugale et palatine, mais avec une fréquence de localisations différentes. Dans la stomatite de Bergeron, les gencives sont le plus souvent et quelquefois même les seules atteintes, dans notre stomatite le maximum des lésions siège à la face interne des lèvres et des joues, et les gencives ne sont que rarement touchées (2 fois sur 10). Deux autres caractères distinctifs importants sont à noter : tandis que les lésions sont habituellement unilatérales et s'accompagnent d'adénopathie dans la stomatite ulcéro-membraneuse, *la bilatéralité et l'absence de ganglions* sont au contraire de règle dans la nôtre. Enfin et surtout la stomatite de Bergeron peut bien s'accompagner exceptionnellement de lésions nasales et laryngées, mais on n'a jamais signalé, à notre connaissance, de lésions concomitantes de la peau et des muqueuses génitales.

### **Stomatite aphteuse**

Il faut distinguer la forme commune de la forme cohérente. La première, caractérisée par l'existence sur les muqueuses labiale, gingivale, linguale et pa-

latine d'une dizaine de petites ulcérations arrondies, de la grosseur d'une tête d'épingle ou d'une lentille, consécutives à la rupture de vésicules, ne saurait être confondue avec notre affection. Il n'en est pas de même, de la forme cohérente (voir Arthaud, Boas et Roque, index bibliographique) où les vésicules bien plus nombreuses donnent, en se réunissant, des ulcérations de plus grandes dimensions qui peuvent envahir le pharynx, le larynx, l'œsophage, la trachée et parfois l'intestin ; les membres et le tronc eux-mêmes peuvent devenir le siège d'éruption vésiculeuse ou phlycténoïde. Là, évidemment, la confusion est possible ; on l'évitera facilement en se souvenant :

1° Que dans la stomatite aphteuse l'ulcération est recouverte d'un léger exsudat jaunâtre tandis que dans notre maladie il s'agit d'une véritable fausse membrane épaisse et grisâtre ;

2° Sauf dans le cas curieux de M. le Professeur Roque (cité dans le traité de Brouardel et Gilbert) où les vésicules ont siégé alternativement sur la bouche et sur le gland, les localisations conjonctivales et génitales ne figurent pas parmi les complications possibles de la fièvre aphteuse de l'homme ;

3° Qu'un engorgement ganglionnaire est de règle dans la stomatite aphteuse, tandis qu'il semble faire défaut dans nos différents cas.

### **Stomatite diphtérique**

La diphtérie buccale est très rare. M. Marfan, sans nier l'existence de la diphtérie buccale isolée, dit

qu'il n'en a jamais rencontré qu'associée à l'angine diphtérique ou au croup. Elle siège de préférence sur les lèvres, rarement sur les joues et la langue et respecte les gencives. Nous croyons inutile d'insister sur ce diagnostic car l'examen bactériologique permet, en moins de 24 heures, de mettre en évidence le bacille de Löffler. D'ailleurs, cliniquement, les deux affections se ressemblent à peine : la stomatite dominant le tableau clinique dans un cas et ne survenant qu'à titre de rare épiphénomène dans l'angine diphtérique ou le croup.

### **Stomatite syphilitique**

La confusion avec la syphilis a été faite dans l'obs. VI, surtout en raison des lésions érosives des conjonctives qui furent prises pour des plaques muqueuses. Ce malade avait été évacué avec le diagnostic : « Syphilis et ophtalmie purulente ». Bien que la syphilis secondaire des conjonctives fut une rareté, M. le Professeur Duverger avait admis cette façon de voir, en raison de la coexistence d'exulcérations labiales, buccales, linguales et balaniques, qui paraissaient être des plaques muqueuses. M. Duverger ayant entendu parler des cas observés par M. Robert Rendu, lui envoya ce malade et renonça à son diagnostic, en raison surtout de l'aspect plutôt pseudo-membraneux de ces lésions et de l'aspect particulier de l'auréole congestive qui les entourait.

Inversement, M. Robert Rendu prit pour un nouveau cas de la maladie qu'il étudiait un cas de syphilis secondaire avec stomatite fuso-spirillaire.

Ce malade présentait, outre des lésions érosives des muqueuses labiale, palatine, linguale et pharyngée, une éruption symétrique non prurigineuse de la face palmaire des mains, caractérisée par des éléments papuleux à leur stade de desquamation. La collerette squameuse lui avait fait penser au reliquat d'éruption vésiculeuse observée dans le syndrome étudié. Des frottis des lésions buccales, et une induration du gland tranchèrent le diagnostic.

### **Fièvre herpétique**

On a décrit un herpès fébrile de la bouche qui n'a aucun rapport avec notre maladie, les vésicules caractéristiques de l'herpès ne se transformant jamais en larges placards pseudo-membraneux. Quant à la forme décrite sous le nom de « fièvre herpétique à localisation cutanée » (1) elle s'accompagne bien d'éléments cutanés vésiculeux, mais surtout sur la figure, le cou et la poitrine ; de plus, cette éruption est très prurigineuse et la maladie évolue souvent par poussées successives.

Il est encore une maladie qui peut donner le change, c'est le pemphigus aigu des adultes ou fièvre pemphygoïde, rattaché aujourd'hui par beaucoup d'auteurs à l'érythème polymorphe vésiculo-bulleux. La maladie débute par des symptômes généraux (fièvre, courbature, malaise) qui durent un ou

---

(1) *Thèse de Zlatof*, Paris, 1899-1900, n° 594.

ROQUE. — Fièvre herpétique, *Société médicale*, 1903.

deux jours et disparaissent quand l'éruption se montre. Celle-ci est caractérisée par des taches rouges légèrement prurigineuses sur lesquelles apparaissent des bulles de dimensions variables (de la grosseur d'un pois à une noisette) disséminées sur toute la surface cutanée, mais occupant de préférence la partie supérieure du corps (Bazin). Ces bulles s'affaissent et sont remplacées par des squames larges ou des croûtes lamelleuses. L'éruption peut s'étendre aux muqueuses et occuper la bouche, la gorge, les conjonctives et le gland. Cette affection est évidemment la seule dans laquelle on a signalé la coexistence possible des lésions cutanées et des lésions toutes différentes des muqueuses qui peuvent être atteintes dans notre syndrome. Mais l'analogie n'est que topographique, pour les muqueuses tout au moins, car les lésions pemphigoïdes ne revêtent jamais l'aspect pseudo-membraneux.

---

## Traitement

---

Le traitement a été purement symptomatique et a consisté en lavages de bouche et gargarismes au chlorate de potasse et à l'eau oxygénée.

On s'est contenté de faire des lavages antiseptiques sur le gland et de panser avec de la pommade à l'oxyde de zinc. Les yeux ont été traités par des lavages à l'eau boriquée suivis d'instillations d'argyrol.

Les lésions se sont toujours détergées et cicatrises assez rapidement sans que l'on ait cru nécessaire, comme MM. Grysez et Pierret, d'employer des antiseptiques tels que le bleu de méthylène et le nitrate d'argent, ce qui viendrait à l'appui de l'origine non fuso-spirillaire de l'affection.

---



## CONCLUSIONS

---

I. — Nous publions ici dix observations d'une affection curieuse observée pendant la guerre, qui nous paraît constituer une entité clinique nouvelle.

II. — Elle revêt l'allure clinique d'une maladie infectieuse aiguë fébrile, ne paraissant pas contagieuse ni d'origine exotique, et caractérisée par l'inflammation des muqueuses externes au voisinage des orifices naturels (conjonctives, pituitaire, muqueuse buccopharyngée et anogénitale), et accessoirement par une éruption des membres.

III. — Cette inflammation consiste en exulcérations assez superficielles, tapissées d'un exsudat pseudo-membraneux plus ou moins épais, saignant facilement lorsqu'on essaie de les détacher. C'est au niveau du rebord palpébral, du pourtour du méat, et surtout de la face interne des joues et des lèvres que les lésions atteignent leur maximum d'intensité. Quant à l'éruption, ni prurigineuse, ni douloureuse, elle revêt le type vésiculo-bulleux et évolue parfois sur une base purpurique.

IV. — La maladie est bénigne et se termine par la guérison au bout de trois à six semaines.

L'asynchronisme d'évolution des diverses lésions

muqueuses, explique qu'un certain nombre de cas ont dû passer inaperçus, chaque médecin, au cours des évacuations successives des malades dans les formations sanitaires de la zone des armées, n'assistant qu'à une phase du tableau clinique.

V. — Lorsque celui-ci est réalisé au complet, le diagnostic s'impose, aucune maladie ne comportant un ensemble de lésions cutanéomuqueuses analogues à celles énumérées ci-dessus. Par contre, si un ou plusieurs symptômes manquent, le diagnostic sera surtout à faire avec la stomatite ulcéro-membraneuse, cette localisation ne faisant jamais défaut dans notre affection qui se reconnaîtra à sa bilatéralité, à la prédominance des lésions au niveau de la face interne des lèvres et des joues, accessoirement à l'absence d'adénopathie.

VI. — Cette maladie nous paraît très vraisemblablement d'origine microbienne, mais les recherches bactériologiques effectuées pendant la guerre n'ont pas permis d'en découvrir l'agent causal.

Vu :

*Le Doyen,*  
HUGOUNENQ.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,  
ROQUE.

*Vu et permis d'imprimer :*

Lyon, le 5 novembre 1920.

LE RECTEUR,  
PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,  
JOUBIN.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- ARTHAUD. — Etude sur la fièvre aphteuse à l'état épidémique chez l'homme. *Progrès Médical*, 28 juin 1902.
- BERGERON. — Etude sur la stomatite ulcéro-membraneuse.
- BOAS. — Communication à la Société de Médecine de Berlin, 1893.
- BRISAUD et BOUCHARD. — Maladies de la bouche.
- CAPOT DE QUISSAC NAUDIN. — De la stomatite aphteuse. Thèse Paris, 1910-11. N° 97.
- DARTIGALONGUE. — Contribution à l'étude du pemphigus oculaire. Thèse Bordeaux, 1902-1903.
- DIDAY et DOYON. — Les herpès génitaux.
- DOYON. — De l'herpès récidivant des parties génitales.
- DUHRING. — Traité pratique des maladies de la peau, annoté et traduit par Barthélemy et Colsoan.
- FARÉ. — Contribution à l'étude de la stomatite ulcéro-membraneuse. Thèse Lille, 1897-1898. N° 74.
- GAUCHER. — Traité des maladies de la peau.
- GOIRAND. — Contribution à l'étude du pemphigus aigu fébrile grave. Thèse Lyon, 1912-13. N° 109.
- KOELSCK. — Traité des maladies épidémiques. Tome II.
- LENOIR et VIDAL. — Traité descriptif des maladies de la peau.
- LESUEUR (Louis). — Recherches sur la stomatite ulcéro-membraneuse, l'angine ulcéro-membraneuse à bacilles fusiformes et leur analogie. Thèse Paris, 1899-1900. N° 221.
- MOUSSOUR (Elie). — De la stomatite herpétique. Thèse Paris 1908-09. N° 332.
- NOCARD et LECLAINCHE. — Traité des maladies microbiennes des animaux.

- PRÉVOST. — Des lésions buccales de l'hydroa. Thèse Paris, 1909-10, N° 62.
- PÈTRE. — Contribution à l'étude de la stomatite aphteuse infectieuse. Thèse Paris, 1894-95, N° 22.
- ROQUE (G.) — Formes cohérentes de la stomatite aphteuse. *Lyon Médical*, 1904. Société Médicale de Lyon, 1904. — Fièvre herpétique. Société de Médecine, 1903.
- RENDU (Robert) et FIESSINGER (Noël). — *Paris Médical*, N° 28, 14 juillet 1917, page 54.
- RENDU (Robert). — *Journal des Praticiens*, N° 22, 27 mai 1916, p. 351.
- TEISSIER et ROQUE. — Traité de Médecine Brouardel et Gilbert. Tome IV.
- ST-GILIBERT. — Traité de la maladie vésiculaire ou monographie du pemphigus.
- VIDAL (P.). — Complications de l'angine de Vincent. Thèse Lyon, 1913-14, N° 36.
-

## TABLE DES MATIÈRES

---

|                                   |    |
|-----------------------------------|----|
| INTRODUCTION . . . . .            | 7  |
| OSERVATIONS I à X . . . . .       | 11 |
| SYMPTOMATOLOGIE. . . . .          | 37 |
| ETIOLOGIE-BACTÉRIOLOGIE . . . . . | 45 |
| DIAGNOSTIC . . . . .              | 51 |
| TRAITEMENT. . . . .               | 59 |
| CONCLUSIONS . . . . .             | 61 |
| BIBLIOGRAPHIE . . . . .           | 63 |

---



---

IMP. DUCROS & LOMBARD - VALENCE

---





